保険者番号 **352070**被保険者番号

**認定調査票（概況調査）①**

**Ⅰ　調査実施者（記入者）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実 施 日 時 | 令和　　　年　 　月　　日  　　：　　　～　　　： | 実 施 場 所 | 自宅内・自宅外（　　　　　　　） |
| 記入者氏名 |  | 所 属 機 関 | **下　松　市** |

**Ⅱ　調査対象者**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 区 分 | 新 規・更 新・変 更 | 前回認定結果 | | 非該当・要支援 ( 　 )・要介護 ( ) | |
|  |  | 性 別 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和  年 　 月　　日(　　歳) |
| 現　住　所 | 〒　　　－ | | | 電　　話 | -　　- |
| 家　族　等  連　絡　先 | 〒　　　－  氏名（ 　　　　　 ）　調査対象者との関係（　　　） | | | 電　　話 | -　　- |

**Ⅲ 現在受けているサービスの状況についてチエック及び頻度を記入してください。**

|  |
| --- |
| 施 設 等 利 用 |
| □介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護医療院　□特定施設入居者生活介護適用施設  □認知症対応型共同生活介護適用施設(ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ)　□医療機関(医療保険適用療養病床)　□医療機関(療養病床以外)  □養護老人ﾎｰﾑ※１　□軽費老人ﾎｰﾑ※１　□有料老人ﾎｰﾑ※１．２　□ｻｰﾋﾞｽ付き高齢者向け住宅※１　□その他の施設等 |
| 施 設 等 連 絡 先 |
| 施設等名  郵便番号  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話  ※１　特定施設入居者生活介護適用施設を除く。　　※２　サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 在宅利用 （認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。（介護予防）福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は  **過去６月**の品目数を記載） | | | |
| * 訪問介護(ﾎｰﾑﾍﾙﾌﾟ)･訪問型ｻｰﾋﾞｽ | 月 　　回 | □（介護予防）福祉用具貸与 　　　　　　　　 　品目 | |
| □（介護予防）訪問入浴介護 | 月 回 | □ 特定（介護予防）福祉用具販売　　　　　 　　　　　　　品目 | |
| □（介護予防）訪問看護 | 月 回 | □ 住宅改修 　　　　　　　　　　　　　 　あり・なし | |
| □（介護予防）訪問リハビリテーション | 月 回 | □ 夜間対応型訪問介護 | 月 日 |
| □（介護予防）居宅療養管理指導 | 月 回 | □（介護予防)認知症対応型通所介護 | 月 日 |
| * 通所介護(ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ)･通所型ｻｰﾋﾞｽ | 月 回 | □（介護予防)小規模多機能型居宅介護 | 月 日 |
| □（介護予防）通所リハビリテーション(デイケア) | 月 　 回 | □（介護予防)認知症対応型共同生活介護 | 月 日 |
| □（介護予防）短期入所生活介護（ｼｮｰﾄｽﾃｲ） | 月 日 | □ 地域密着型特定施設入所者生活介護 | 月 日 |
| □（介護予防）短期入所療養介護 (療養ｼｮｰﾄ) | 月 日 | □ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 月 日 |
| □（介護予防）特定施設入所者生活介護 | 月 日 | □ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 月 回 |
| □ 看護小規模多機能型居宅介護 | 月 日 |  | |
| □ 市町村特別給付　[ ] | | | |
| □ 介護保険給付外の在宅サービス [　 ] | | | |